

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1928-1929. — N° 43

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
CANCER PRIMITIF
DE LA TROMPE DE FALLOPE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 21 décembre 1928

PAR

Pierre-Louis-Julien-François DURAN

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à AUCH (Gers), le 4 mai 1905.

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur.....	{	Président.
		DUVERGEY, professeur		Juges.
		PAPIN, agrégé		
		LOUBAT, agrégé.....		

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1928



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548412_0101

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1928-1929. — N° 43

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
CANCER PRIMITIF
DE LA TROMPE DE FALLOPE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 21 décembre 1928

PAR



Pierre-Louis-Julien-François DURAN

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à AUCH (Gers), le 4 mai 1905.

Examineurs de la Thèse {	MM. GUYOT, professeur.....	<i>Président.</i>
	DUVERGEY, professeur	} <i>Juges.</i>
	PAPIN, agrégé.....	
	LOUBAT, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS

Y. CADORET
3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1928

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, POUSSON, MOURE, PRINCETEAU,
W. DUBREUILH, RIVIÈRE, BARTHE, LE DANTEC.

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	VERGER.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	CASSAET.	Médecine expérimentale.....	MAURIAC.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	TEULIÈRES.
id.....	BÉGOUIN.	Clinique chirur. infantile et orthopédie..	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales..	CARLES.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants..	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	DENIGÈS.
Anatomie.....	VILLEMIN.	Physique médicale et pharmaceutique....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.	BONNIN.
Physiologie.....	PACHON.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène.....	AUCHÉ.	Clinique des maladies des voies urinaires.	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité méd.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie..	SELLIER.
Pharmacie.....	DUPOUY.		

MM. DELAUNAY (Physiologie). MICHELEAU, LEURET, DUPÉRIÉ (Médecine générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie.....	DUBECQ.	Chirurgie générale.....	PAPIN.
Histologie.....	LACOSTE.	id.....	JEANNENEY.
Anatomie pathologique.....	MURATET.	id.....	CHARRIER.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	id.....	LOUBAT.
Médecine générale.....	CREYX.	Obstétrique.....	PERY.
id.....	N.	id.....	FAUGÈRE.
id.....	AUBERTIN.	Ophtalmologie.....	BEAUVIEUX.
id.....	DAMADE.	Dermatologie et syphiligraphie.....	JOULIA.
id.....	PIÉCHAUD.	Pharmacie.....	GOLSE.
Maladies mentales.....	PERRENS.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.	Puériculture.....	N.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Démonstrations et préparations pharmac..	N.
Accouchements.....	FAUGÈRE.	Pharmacie chimique.....	GOLSE.
Ophtalmologie.....	CABANNES.	Zoologie et parasitologie.....	R. SIGALAS.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. MM. N.

Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PERE. A MA MERE

Faible témoignage de ma tendre affection et de ma profonde reconnaissance.

A MON FRERE

Dont la vie est pour moi un exemple
de travail et de volonté.
Ma vive affection.

AU DOCTEUR FRANCESCHINI

Ma grande amitié.

A LA MEMOIRE
DU DOCTEUR CHARLES SABATIE

A TOUS MES AMIS

A MES MAITRES DE LA FACULTE

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. GUYOT

*Professeur de Clinique gynécologique à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Chirurgien des Hôpitaux,
Membre correspondant de la Société de chirurgie,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Décoré de la Croix de guerre et de l'Ordre de Sainte-Anne de Russie,
Officier de l'Instruction publique.*

AVANT-PROPOS

Arrivé au terme de nos études, nous sommes heureux d'avoir l'occasion d'exprimer toute notre reconnaissance à nos Maîtres de la Faculté et des hôpitaux.

Que M. le Professeur Guyot, qui a bien voulu nous confier le sujet et en accepter la présidence, reçoive ici nos sincères et respectueux remerciements. Nous apprécions tout le prix de l'indulgence qu'il montre à notre égard et de l'honneur qu'il nous fait. Ses nombreuses et profitables leçons, les conseils éclairés qu'il nous a si souvent prodigués, nous furent d'un secours précieux durant notre stage hospitalier. Nous le remercions donc doublement.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

CANCER PRIMITIF

DE LA TROMPE DE FALLOPE

INTRODUCTION

« Que l'auditeur se regarde comme une personne conviée à un repas. Il doit lui être indifférent si ce qu'on lui sert est du cru du maître de maison ou s'il l'a fait venir d'ailleurs : Souvent il ferait mauvaise chère, s'il réduisait celui qui l'invite à tout prendre dans son propre terroir. »

BAYLE, *Réponse aux questions
d'un Provincial.* »

En consacrant cette thèse à l'étude du cancer primitif de la trompe de Fallope, nous n'avons pas la prétention d'apporter des idées nouvelles sur la question.

Le sujet nous a été inspiré par M. le Professeur Guyot; nous nous proposons de faire une révision de la question et d'apporter une observation nouvelle, due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé Charrier.

Après un historique bref, la publication de l'observation du Professeur Charrier et le résumé d'une vingtaine d'observa-

tions des plus typiques recueillies dans la littérature médicale, nous traiterons :

- 1° L'étiologie et la pathogénie;
 - 2° L'anatomie pathologique;
 - 3° La symptomatologie;
 - 4° L'évolution;
 - 5° Le diagnostic;
 - 6° Le pronostic;
 - 7° Le traitement;
 - 8° Les conclusions.
-

HISTORIQUE

Dans les traités classiques on n'a jamais entendu parler longuement des tumeurs des trompes. On y passe très brièvement. C'est seulement autour de 1893 que l'on commença à les étudier; longtemps leur existence fut niée par d'éminents auteurs:

« Le cancer se développe rarement dans les trompes, disait Courty vers 1881; il s'y développe de préférence par l'extension du cancer utérin, rarement avec le cancer des ovaires, car on peut trouver, sur ces organes, la trompe de Fallope saine, contrastant, par son faible volume et son intégrité, avec l'énorme tuméfaction et la profonde dégénérescence de l'organe germinateur. »

Vers 1890, Karl Schroeder nie complètement la possibilité d'un carcinome primitif des trompes. Lagrave, Labadie, Legen, en parlent timidement et en arrivent à cette conclusion : histoire clinique de ces maladies est toute à refaire.

Dans son *Précis de gynécologie*, Boursier passe rapidement en revue les tumeurs de la trompe et cite les travaux importants publiés sur la question.

Mais, dans ces dernières années, leur existence et leur importance ont été démontrées par de nombreux travaux.

En 1888, Orthmann publie le premier cas connu d'épithélioma primitif dû à Auguste Martin.

Puis Doran, Kaltenbach, Saenger, en publient d'autres.

Manez, en 1899, Poret et Duret, la même année, publient, les uns, des thèses, les autres, des articles « sur l'épithélioma primitif de la trompe utérine ».

Quénu et Longuet, en 1901, en donnent dans la *Revue de chirurgie* une étude détaillée.

En 1906, le Professeur Tédénat en publie trois observations.

En 1909, le Professeur Mériel relate, dans les *Documents gynécologiques*, une observation et préconise la ponction comme moyen de diagnostic.

En 1910, Bourrelly passe en revue toutes les tumeurs des trompes et ajoute un cas fourni par M. le Professeur Tédénat.

Enfin, plus près de nous, Anduze Achet (1910), Biar (1924), Favreau (1924), font leur thèse sur le cancer primitif des trompes.

Rien de nouveau n'est apporté à la question bien obscure encore des cancers primitifs des trompes; tous les travaux se ressemblent et ont pour squelette l'étude de Quénu et Longuet.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur CHARRIER.)

Femme de 63 ans. Réglée à 18 ans, et très régulièrement. Ménopause à 48 ans. La malade rentre à l'hôpital sur les indications du professeur Charrier qu'elle va consulter à la Clinique Paul-Bert, parce qu'elle a un gros ventre et qu'elle en souffre.

En interrogeant la malade, on apprend que, voilà deux ans environ, elle eut un vomissement verdâtre, sans que pour cela la malade ait souffert antérieurement ou sur le moment. Puis, tout rentre dans l'ordre jusqu'au mois de mars dernier, où la malade éprouve des sortes de colique en marchant. Le ventre augmentant de volume, la femme pensa à de l'obésité et n'attacha pas d'importance au développement de son ventre.

Depuis le début de juin, la malade s'est mise à maigrir. La douleur s'est légèrement accrue et laisse à la malade une sensation de pesanteur dans tout l'abdomen, avec irradiation, quelquefois, en ceinture.

Constipation chronique, qui a augmenté depuis que le ventre a grossi.

Céphalée chronique. Œdème malléolaire le soir.

Antécédents héréditaires. — Mère morte de pertes, dit-elle; père mort de vieillesse.

Antécédents personnels. — Fièvre scarlatine; pleurésie. Deux enfants bien portants.

L'aspect général de la malade ne révèle rien de caractéristique. Teint plutôt pâle, presque cireux; état général bon.

A l'examen, on est frappé par un abdomen volumineux, étalé sur les bords, avec une forte circulation collatérale; cependant, pas d'ombilic en doigt de gant; l'idée d'ascite est confirmée par la percussion, qui dénote une matité très nette des flancs remontant jusqu'aux fausses côtes. Sur la ligne médiane, cette matité s'étend depuis l'appendice xyphoïde, jusqu'au pubis, phénomène du flot très net.

A la palpation, on trouve alors une tumeur s'étendant depuis la matité hépatique jusqu'à un travers de main au-dessus du pubis. Tumeur mobile dans tous les sens, située immédiatement sous la peau; tumeur dure, irrégulière, mamelonnée, fuyant sous les doigts lorsqu'on essaie de la saisir. Le foie est non douloureux, la rate pas palpable dans l'hypocondre gauche; foie légèrement augmenté de volume.

Le Professeur Charrier fait alors le toucher vaginal et trouve les deux culs-de-sac latéraux, le Douglas, remplis par le liquide ascitique, mais, par un toucher minutieux, il trouve également à droite et à gauche, des annexes d'une dureté particulière, et porte le diagnostic de tumeur ovarienne avec métastase épiploïque.

A l'intervention, abdomen avec parois minces presque sans éléments musculaires.

Ascite considérable, dans laquelle baigne en effet un péritoine formant un véritable gâteau, épais comme la main.

Le professeur Charrier porte son examen sur les annexes de la patiente et trouve, pour corroborer son diagnostic, un épithélioma double des trompes de Fallope. L'intervention chirurgicale était terminée. Evacuation de l'ascite, dernier coup d'œil jeté aux organes de l'étage supérieur de l'abdomen; on constate que l'épiploon gastro-colique présente comme des taches de bougie, début de cancérisation; de fines granulations de même nature sur la face antérieure de l'estomac, sur l'épiploon gastro-hépatique et sur la face inférieure du foie.

Suture de la paroi de l'abdomen. La malade quitte le service trois semaines après, guérie momentanément, mais ignorante encore du mal envahissant qu'elle portait en elle.

Depuis on ne l'a plus revue.

OBSERVATION II.

(Thèse de Paris, FAVREAU. Service du Professeur J.-L. FAURE.)

Mme F..., 53 ans, entre à l'Hôpital Broca, dans le service du Professeur J.-L. Faure, le 8 février 1922 : pertes séro-sanguinolentes accompagnées de douleurs abdominales.

Cette femme, antérieurement bien réglée, a eu, vers 1900, trois accouchements bien normaux. Ménopause à 49 ans. Cinq à six mois avant sa rentrée à l'hôpital, elle a vu survenir un écoulement intermittent, rappelant les règles, mais plus irrégulier. Pertes d'abord rosées, puis roussâtres, et de mauvaise odeur. Douleur sourde dans le bas-ventre avec des acerbations qui durent deux à trois jours. Etat général assez satisfaisant.

A son entrée à l'hôpital, l'examen montre un col normal, sans aucune ulcération suspecte. Il est mou, et l'orifice largement ouvert; le corps utérin est légèrement augmenté de volume, sans bosselure, et de consistance normale. Les deux culs-de-sac latéraux du vagin paraissent légèrement empâtés. A droite, l'empâtement remonte très haut et il existe là un maximum très net de douleur provoquée. Pas de fièvre.

On porte le diagnostic de cancer du corps utérin, et cela, à cause des pertes sanguinolentes et de l'augmentation de volume de l'utérus, et d'appendicite concomitante en raison de l'empâtement douloureux.

Opération (le 14 février 1922). — A l'ouverture du ventre, on trouve que le corps de l'utérus est gros et flanqué d'une grosse salpingite gauche. La trompe droite rétro-utérine n'est pas visible d'emblée, et cela à cause des nombreuses adhérences intestinales. Cette zone d'adhérence est bosselée, blanchâtre, et fait penser à du tissu néoplasique.

Le Professeur J.-L. Faure libéra les adhérences intestinales, puis fit une hystérectomie subtotala complétée par un évidement large du col.

La malade sort le 9 mars 1922, opératoirement guérie.

La thèse de Favreau, Paris, 1924, grâce à un schéma, nous montre une pièce opératoire extrêmement curieuse. Trompe droite grosse, bosselée, d'aspect extérieur lisse, pavillon agglutiné avec des bourgeons papillaires, et c'est contre ces bourgeons néoplasiques que l'appendice est venu se placer. La trompe en question, fendue en long, porte à sa face interne, une tumeur végétante, débordant sur le pavillon et présentant une limite nette en dedans. Ovaire normal.

Trompe gauche présente une salpingite banale. Les deux orifices sont obstrués.

En résumé : Il y a lieu de penser que la lésion primitive siégeait à la muqueuse de la trompe; et les proliférations de ce foyer, devenues libres, sont tombées : les unes dans le péritoine, d'autres sont restées au niveau des franges tubaires.

Malade sortie de l'hôpital le 9 mars 1922. Revient le 8 octobre de la même année. Récidive.

Deuxième opération (le 9 octobre 1922). — Dès que le péritoine est ouvert, on se trouve en présence d'ascite rosée, et d'un intestin semé de nombreuses métastases cancéreuses. On renonce à l'application de radium et on ferme sans drainage.

La malade quitte l'hôpital le 29 octobre.

Observations recueillies dans la littérature médicale.

ORTHMANN (*Zeitschr. f. geb.*, vol. XV).

Femme de 46 ans, mariée depuis 3 ans. Un avortement. Tumeur à droite de l'utérus, venue après une convalescence de fièvre typhoïde. Leucorrhée modérée.

Opération un an et demi après le début des symptômes. Ablation de la trompe. Mort le sixième jour.

Anatomie pathologique. — Excroissances cancéreuses et papillomateuses dans l'extrémité abdominale de la trompe; l'ostium était en communication avec une cavité purulente.

Les organes voisins très atteints; nodules cancéreux dans le cul-de-sac vésico-utérin; gros abcès de l'ovaire droit; hypertrophie des ganglions pelviens.

TUFFIER (*Annales de gynécologie et d'obstétrique*, 1894).

Femme de 55 ans. Tumeur fluctuante dans le côté droit du pelvis, dans la fosse iliaque droite et le cul-de-sac de Douglas. Durée des symptômes avant l'opération : deux mois.

Ablation de la trompe. Guérison. Pas de récurrence.

A l'examen : Masse villeuse épithéliomateuse, naissant de la muqueuse tubaire. Liquide abondant dans la lumière de la trompe dilatée, avec des caillots. Pas trace d'extension.

DANEL (*Essais sur les tumeurs malignes de la trompe utérine*).

a) Tumeur bilatérale chez femme de 40 ans. Mariée; 2 enfants.

Ponction abdominale pendant 2 fois. Liquide semblable à de la bière brune; masse dans le cul-de-sac gauche; utérus mobile; réapparition rapide du liquide après les ponctions.

Opération (Quatre mois après le début des symptômes). — Les 2 trompes sont enlevées en même temps que les ovaires. Récurrence très nette dans les six premiers mois. La tumeur était un cancer papillaire des trompes envahissant les ovaires.

b) Femme de 45 ans. Mariée; 1 enfant.

Tumeur à gauche. Débilité; faiblesse ressentie dans les jambes; pas d'hémorragie. La tumeur a la grosseur du poing; elle est derrière l'utérus et dans le cul-de-sac gauche.

Opération (huit mois après le début des symptômes). — Ablation de la trompe gauche; la droite paraissait saine.

Examen. — Trompe gauche obstruée dilatée; excroissances malignes et papillomateuses, quantité légère de liquide citrin dans sa lumière.

FABRICUS (*Beitrag zur Casuistik der Tuben carcinom*).

Femme de 41 ans. Multipare; règles régulières. Douleurs pelviennes à gauche avec irradiation dans le genou gauche. On enlève la trompe gauche et l'utérus, par voie vaginale; la trompe droite paraissait

normale et fut suturée à la plaie vaginale. Mais onze mois après l'opération la trompe droite forme une grosse tumeur : une masse fongueuse faisant saillie dans le cul-de-sac postérieur; au toucher, on sentait, dans l'intérieur de la trompe droite, une masse molle papillomateuse. Le malade ne succomba pas à l'opération, mais très malade.

A l'examen, la tumeur présentait les caractères suivants : c'était un papillome bénin de la trompe gauche. Masse fongueuse de la trompe gauche.

BOURSIER et VÉNOT (*Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*).

Femme de 45 ans. Quatre enfants. Ménopause à 42 ans. Depuis la ménopause, douleur dans la fosse iliaque droite. Pertes abondantes, aqueuses, quelquefois sanguinolentes, jamais fétides.

La tumeur est molle, du volume d'une tête de fœtus, dans le cul-de-sac droit et celui de Douglas.

Opération (trois ans seulement après les débuts des symptômes). — Ablation de la trompe droite, très adhérente; rupture pendant l'extraction. Guérison. Patiente exempte de récurrence.

Anatomie pathologique. — Grosse tumeur en forme de poire; ostium abdominal fermé; ostium utérin ouvert. Liquide sanieux dans la trompe; masses de papillomes malins naissant de la muqueuse.

ROUTIER (*Bulletin et mémoires de la Société de chir. de Paris*).

Femme de 60 ans. Ménopause à 50 ans; stérile. Tumeur à gauche. Gonflement abdominal. Phlébite de la jambe gauche. Ablation de la trompe. Guérison.

Papillome cancéreux des parois tubaires.

DANET.

Femme de 49 ans. Mariée; 1 enfant à 29 ans; règles irrégulières. Tumeur bilatérale.

Douleur surtout localisée dans le côté gauche de l'abdomen. Pen-

dant six mois des pertes. Tumeur s'élevant jusqu'à la moitié de la ligne ombilico-pubienne.

Opération. — Extraction des trompes avec l'ovaire gauche et une partie de l'ovaire droit. La trompe gauche éclate pendant l'opération; guérison.

Puis, une ascite se développe. Neuf mois après, laparotomie exploratrice; métastases cancéreuses.

A l'examen anatomo-pathologique, on trouve des trompes kystiques fortement adhérentes, farcies de papillomes, ne montrant aucun signe de malignité à l'examen microscopique.

A la deuxième opération, on trouve des métastases sur toute la surface du pelvis, du péritoine pariétal, au niveau de la cicatrice, et sur l'intestin.

VIGNARD (*Gazette médicale de Nantes*, 1911).

Femme de 42 ans. Réglée à 13 ans. Un enfant à l'âge de 18 ans. Ménopause.

Douleurs violentes dans la fosse iliaque gauche. Douleurs spontanées, non augmentées par la pression, s'irradiant dans les lombes gauches et la face interne de la cuisse. Pertes jaunâtres, qui apparaissent principalement la nuit. Ascite notable. Tumeur bien séparée de l'utérus, de consistance dure, un peu inégale et indolore. Au toucher rectal, nodosités sur la paroi antérieure du rectum. Température normale. Pouls rapide.

Opération (Pratiquée 3 ans après le début des symptômes). — Laparotomie. Ascite louche. Lésions annexielles à gauche; à droite, granulations douloureuses. Rectum infiltré, épiploon aussi, dur et rétracté. Ablation des trompes. Guérison. Mais mort, trois mois après, de cachexie cancéreuse.

Anatomie pathologique. — Trompe gauche volumineuse, remplie de liquide louche, bourrée de végétations sur toute l'étendue de la surface muqueuse. Ovaire droit petit et atrophié. Epithélioma cylindrique de la trompe.

BOURSIER (*Journal de médecine de Bordeaux*, 1903).

Femme de 44 ans. Mariée, 2 enfants; règles régulières.

Tumeur bilatérale.

Depuis l'âge de 23 ans, date de son dernier accouchement, douleurs à type annexiel dans les 2 fosses iliaques, surtout à droite. Douleurs parvenant par crise dans fosse iliaque gauche. Hémorragies peu abondantes.

L'utérus est très augmenté de volume, très repoussé en haut et en avant par une masse volumineuse remplissant le Douglas. Quelques mois après, pertes de sang à deux reprises différentes en petite quantité.

Dans les derniers jours avant l'opération, la tumeur devient douloureuse de plus en plus au toucher et elle augmente de volume. A ce moment-là, elle est médiane, mobile, divisée en 2 côtés : le droit remontant à 2 travers de doigt au-dessus du pubis, l'autre, gauche, remonte jusqu'à l'ombilic. Masse douloureuse dans le Douglas.

On opère la patiente quinze mois après les débuts des symptômes : hystérectomie. Utérus fibromateux avec deux volumineuses tumeurs salpingiennes très tendues, à parois minces; coloration rouge brun, adhérentes au Douglas qu'elles remplissaient. Guérison opératoire.

La tumeur était un carcinome.

DORAN (*Select clinical. Reports*).

a) Femme de 64 ans. Multipare; règles régulières; ménopause à 48 ans. Prolapsus utérin pendant quarante ans. Pertes verdâtres, douloureuses, sanguines un mois avant son admission à l'hôpital.

Après ablation d'une petite tumeur dans le cul-de-sac post du vagin, épaissement des annexes gauches.

Opération. — Hystérectomie. Shock opératoire.

Mort le surlendemain de l'opération.

Anatomie pathologique. — Trompe gauche distendue, dans sa moitié externe, par une tumeur du volume d'un œuf de pigeon, à

l'aspect verrugueux. C'était un carcinome, à cellules cylindriques, primitif, de la trompe gauche.

b) Femme de 58 ans. Règles régulières; ménopause à 48 ans; 3 avortements; 1 enfant. Augmentation de volume de l'abdomen. Douleurs épigastriques, surtout après les repas. Œdèmes des membres inférieurs. Axite. Dilatation des veines sous-cutanées abdominales. Pollatriurie. Cystocèle. Rétroflexion utérine en connexion avec une tumeur du côté gauche du pelvis, aussi grosse que le poing, et qui fut considérée comme une tumeur maligne de l'ovaire.

Opération (pratiquée six semaines après les débuts des symptômes). — Ablation des annexes gauches. Annexes droites paraissant indemnes. Tumeur papillomateuse dans la poche de Douglas; tumeur de la trompe gauche, et qui avait envahi la partie supérieure du ligament large. Ascite constituée par du liquide citrin. Guérison.

Récidive trois mois après : Tumeur du volume d'une orange dans le Douglas.

Deuxième opération exploratrice. — Tumeur s'étendant sous la vessie et enveloppant le rectum; au niveau du pédicule gauche, tumeur de la grosseur du pouce; les annexes droites adhérentes aux parois pelviennes; papillomes sur la surface de l'ovaire qui contenait quelques petits kystes translucides; métastase sur le péritoine. Guérison.

Examen anatomo-pathologique. — La trompe gauche contient un gros carcinome. Déchirure au niveau d'une adhérence au ligament large. La paroi de la trompe forme la paroi de la tumeur, sauf au niveau du point où s'est produite la rupture. La tumeur est un carcinome cellulo-cylindrique. Sur certains points, le stroma rappelle le sarcome.

HUBERT ROBERTS (*A second case of Primary carcinome of the Fallopian tube*).

Femme de 60 ans. Mariée; pas d'enfants.

Pertes aqueuses, couleur de cerise, remarquées la première fois après un accès de toux; douleurs abdominales quelques mois après

le début des pertes. Une tumeur nous apparaît à gauche et en arrière de l'utérus.

Opération. — Ablation de la trompe et de l'ovaire kystiques gauches. Guérison.

A l'examen, on a vu une trompe obstruée. Sacciforme contenant un papillome malin.

ROSSINSKY (Thèse de Bâle, 1910).

Femme de 42 ans. Cinq grossesses; dernier accouchement seize ans avant le début des symptômes. Règles régulières. Gonorrhée aiguë du péritoine pelvien. Cinq mois plus tard, apparut une hémorragie accompagnée de vives douleurs. Pertes roussâtres. Amaigrissement.

Opération (onze mois après l'infection pelvienne). — Ablation de l'annexe gauche, , très adhérente à la masse intestinale et au mésentère. L'opération réussit, mais la malade meurt quelques jours après.

L'examen de la tumeur montre qu'il s'agissait d'un épithéliome cylindrique; la tumeur était adhérente à un petit kyste inclus dans le ligament large.

DAUDESKI (Primaeres Tubencarcinome).

Femme de 64 ans. Mariée; un avortement à 40 ans; 1 enfant à 42 ans.

A 40 ans, inflammation pelvienne. Trois ans après, douleurs dans le côté droit de l'abdomen et la région sacro-pelvienne pendant deux mois.

Tumeur du volume du poing dans le Douglas et le cul-de-sac droit. Tumeur du volume d'un œuf de poule dans le cul-de-sac gauche. Une sorte de menstruation semble s'être établie pendant ce temps. Douleurs et vomissements fréquents.

Pas d'accroissement apparent des tumeurs.

Hystérectomie. Ablation des trompes. Trompe droite dilatée en un gros kyste dans sa partie externe, déchirée pendant la dissection

des adhérences profondes. Une quantité de sérum jaunâtre s'en échappe. Trompe pleine de papillomes médullaires. Trompe gauche de la dimension d'un œuf de pigeon près de son insertion utérine. L'ovaire est si adhérent au tissu pelvien qu'on ne l'enlève pas. Guérison. Pas de récurrence.

Adéno-carcinome papillomateux.

LABUSQUÈRE.

Femme de 57 ans, avait accouché trente-trois ans auparavant. Suites de couches apyrétiques. Ménopause régulière à 48 ans. Elle vient à la consultation :

Se plaint de douleurs hypogastriques bilatérales et, depuis quelques jours, elle avait un écoulement génital, écoulement parfois teinté de sang en abondance.

Etat. — Aspect sain. Pas d'adénite. Sensibilité abdominale profonde dès que l'on presse des deux côtés. Vagin envahi de sécrétions abondantes, de couleur brun rouge, purulentes.

Orifice externe étroit, sans érosion. Utérus volumineux et dur, refoulé en avant et à gauche par une tumeur grosse comme le poing, située dans le Douglas. Tumeur molle rénitente, kystique, dont l'axe est parallèle à celui de l'utérus avec adhérences probables : ceci à droite. À gauche en arrière de l'utérus on sent vaguement une tumeur un peu plus grosse qu'une prune : ovaire gauche probablement.

On fait le diagnostic de tumeurs annexielles, inflammatoires bilatérales.

Traitement médical : bains de siège salés, injections vaginales.

Quinze jours après, nouvel examen : Tumeur droite plus grosse, adhérence avec le plancher de Douglas plus fortes.

Elle fut admise à la clinique.

Palpation des organes abdominaux, en dehors du petit bassin, négative. Pas d'adénopathies aux aines, ni dans les régions sus-claviculaires. Ponction dans le cul-de-sac vaginal postérieur. Elle donna un liquide brun rouge, sale, non fétide. Un *examen sous narcose* fit constater que le ligament large droit, dans ses parties

supérieures, est transformé en une sorte d'infiltrat et que l'utérus et la tumeur ovarique gauche sont très adhérents.

Laparatomie quelques jours après, en position élevée du siège.

Incision sur la ligne blanche. On trouve : Douglas rempli par une tumeur à droite, très bas placée; à gauche, s'accôle à cette tumeur une autre, ovale.

Parois de la tumeur très minces; contenu jaunâtre transparent; adhérences de ces tumeurs à leur voisinage. De plus, la portion isthmique de la trompe est, des deux côtés, étirée dans sa longueur, et la gauche est tordue plusieurs fois.

A l'ouverture du pli vésico-utérin, on voit une tumeur papillaire rouge brun, de la grosseur d'une noisette, placée au sommet de la vessie. On pensa à une métastase cancéreuse. Extirpation de l'utérus et des tumeurs tubaires. Guérison : Elle quitte l'hôpital vingt jours après l'opération.

Elle tombe malade cinq semaines après, des suites d'un refroidissement. Pleurésie droite avec épanchement abondant. Mort. Autopsie non autorisée.

L'examen anotomo-pathologique nous montre : un utérus de la grosseur d'un œuf d'oie. A sa surface, débris d'adhérences et d'excroissances. Au niveau de l'isthme, à sa partie postérieure, une tumeur papillaire de la trompe droite, du type fongiforme d'un pyosalpinx.

La gauche, tordue au niveau de l'isthme, se dilate un peu dans sa portion ampullaire. Elle est soudée à une tumeur ovale de la grosseur d'une prune.

ETIOLOGIE ET PATHOGENIE

Trois facteurs seront étudiés :

a) *L'âge.* — Les femmes atteintes de cancer des trompes ont presque toutes entre 40 et 50 ans.

Les cas sont rares après 60 ans, et plus rares encore avant 40 ans.

b) *Le passé obstétrical.* — La majorité des femmes atteintes de cette maladie a été au moins enceinte une fois; en général, d'après les observations que nous avons lues, le cancer a débuté à une époque assez éloignée du dernier accouchement. Doran nous dit : « Les femmes qui ont eu des enfants sont plus sujettes à avoir des tumeurs de la trompe. »

c) *Le passé gynécologique.* — Le passé gynécologique des malades est très intéressant car l'infection a d'une part des défenseurs et des adversaires. Pour les uns, l'infection serait la cause initiale du cancer; pour les autres, l'infection ne serait que la conséquence de la maladie elle-même. Les observations ne sont pas assez nombreuses et pas assez significatives pour donner raison aux uns plutôt qu'aux autres; l'avenir tranchera peut-être la question.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous trouvons, dans la *Revue de chirurgie* de 1904, un article de MM. Quenu et Longuet, sur les néoplasmes tubaires primitifs. C'est de cette étude détaillée, et en nous inspirant des observations que nous avons pu recueillir, que nous avons rédigé ce chapitre.

Tumeur, en général volumineuse, ayant pour pédicule le segment interne de la trompe, puis se renflant en une dilatation kystique. Le plus souvent, les trompes cancéreuses enlevées l'ont été comme atteintes de salpingite; ce n'est que l'opération finie qu'on s'est aperçu de l'existence d'un néoplasme. D'autres fois, la nature néoplasique s'est décelée dès l'ouverture du ventre au moment de l'opération, alors le plus souvent une tumeur de l'ovaire était adjointe à la trompe.

Cette tumeur est examinée : le contenu liquide écoulé, on se trouve en présence de lésions qui, malgré leur grande diversité, offrent des caractères fondamentaux communs : aspect en choux-fleurs, aspect de villosités plus ou moins sessiles, plus ou moins pédiculées, mais toujours avec une végétation active de la muqueuse.

Tumeur pouvant être unie ou bilatérale; parmi les unilatérales, il semblerait d'après les observations que nous avons lues, que le côté droit soit plus spécialement atteint. Elle occupe le petit bassin, tantôt elle est postérieure à l'utérus et au ligament large, tantôt incluse dans le ligament large, tantôt latérale.

La tumeur est souvent libre d'adhérences, néanmoins celles-ci ne sont pas rares; adhérences soit d'ordre inflammatoire, soit résultant d'un envahissement néoplasique.

L'ascite a été observée quelquefois, dans celui de Duret les ponctions avaient été rendues nécessaires par l'abondance du liquide.

Volume variant de celui d'une noisette à celui d'une tête d'adulte.

La forme la plus commune est celle d'une dilatation plus ou moins cylindrique, renflée à son extrémité externe.

La direction de la masse n'est pas toujours transversale; plus ou moins infléchie, quelquefois elle offre une sorte d'enroulement sur elle-même, qui peut aller jusqu'à la torsion du pédicule.

La coloration varie d'après les cas observés. Consistance inégale, molle, élastique dans les parties renflées; elle devient ferme, rigide au niveau du pédicule. Surface extérieure tantôt lisse, tantôt inégale.

Les caractères les plus intéressants du néoplasme s'observent lorsqu'on a incisé la poche. A l'ouverture de la poche s'écoule un liquide variable, tantôt c'est une sérosité claire ou roussâtre, tantôt sanguinolente. Or, cette sécrétion hémorragique et la fétidité observée dans quelques cas sont conformes à ce que nous constatons le plus souvent dans les néoplasmes. Le liquide écoulé, l'apparence papillaire est pour ainsi dire la règle; l'implantation de ces masses bourgeonnantes se fait sur la muqueuse, toujours à une certaine distance de l'isthme.

Que deviennent les deux orifices de la trompe?

Il semble que la fermeture de l'ostium péritonéale soit fréquente; mais on ne peut rien assurer car un grand nombre d'observations sont malheureusement muettes sur ce point; l'ostium utérin est mentionné perméable dans les cas de Boursier, dans d'autres cas il est obturé. L'ovaire est très souvent altéré; l'utérus est parfois envahi par la néoplasie; mais ordinairement il est sain. Comme lésions à distance, nous avons noté : des lésions de péritonite adhésive, des noyaux de dissémination dans le foie, les ganglions pelviens, dans le grand épiploon, sur le péritoine pelvien, etc.

L'épithélium plus ou moins cylindrique est unistratifié par places, mais en général multistratifié; il est disposé dans la profondeur, en tubes épithéliaux droits ou ondulés, largement anastomosés; à un degré de plus au dernier stade, nous aboutissons aux productions épithéliales diffuses, infiltrées, alvéolaires.

Nous avons, au point de vue histologique, deux groupes principaux :

1° Le groupe au stade duquel nous trouvons *un épithélium cylindrique typique*;

2° Le groupe où les tissus complètement bouleversés nous montrent *un épithélium métatypique et atypique*.

L'observation de Boursier nous dit : « Les végétations arborescentes sont tapissées par des éléments cellulaires petits et disposés en plusieurs courbes superposées; leur forme est irrégulièrement cylindrique ou cubique; dans la courbe la plus profonde, elle devient très irrégulière, polygonale, allongée en raquette dans les couches les plus superficielles. Ces cellules épithéliales sont formées d'un noyau relativement volumineux, arrondi ou ovalaire, fortement coloré, situé dans une masse protoplasmique, très peu abondante. Leur contour, parfois assez distinct, est ailleurs très difficile ou impossible à saisir. »

Dans le plus grand nombre des cas publiés, l'épithélium a perdu son type, le plus souvent non pas en totalité, mais par places. Dans la thèse de Danel : « Nous retrouvons, nous dit-il, côte à côte, un épithélium typique et un épithélium atypique. » De même, dans les observations de Tuffier, les bourgeons épithéliaux s'infiltraient à travers la tunique musculaire jusque sous la séreuse.

De toute façon, il est exceptionnel que même dans la forme la plus diffuse, on ne retrouve pas quelque partie de tumeur où la disposition tubulée rappelle l'origine première du carcinome. Boursier nous dit encore : « La plupart des épithéliomas de la trompe sont des épithéliomas méta-typiques,

composés d'épithélium cylindrique typique et d'épithélium alvéolaire. »

Stroma conjonctif peu abondant.

Muscleuse assez souvent envahie par la néoplasie, dans certains cas cette tunique avait complètement disparu au niveau du néoplasme. La séreuse elle-même finit par être prise et même perforée par la néoplasie.

SYMPTOMATOLOGIE

Toutes les observations que nous avons lues nous enseignent que le cancer primitif des trompes a un début insidieux. Ce début, le plus souvent, n'est observé par le chirurgien que quand la malade observe elle-même un symptôme qui attire son attention.

Nous décrirons des symptômes fonctionnels et des symptômes physiques.

Douleur et pertes voilà les symptômes fonctionnels fondamentaux; à une période plus avancée, on observe des troubles du côté de la vessie et du rectum, et des troubles de l'état général.

Les douleurs sont précoces; au contraire, dans les cancers de l'utérus, elles apparaissent tardivement. Le siège fréquent de ces douleurs est la région hypogastrique; elles sont souvent irradiées, généralisées; dans le cas que nous cite Fabricius, les douleurs pelviennes s'irradient dans le genou. Ces douleurs peuvent se montrer sous forme de crises; la patiente peut souffrir au moment de l'évacuation de ses règles, soit sous l'impulsion d'un froid, d'une fatigue, mais le plus souvent ces douleurs sont dues par la distension de plus en plus grande de la trompe. A la fin de la crise, se produit le plus souvent une évacuation de liquide. Cette douleur survenant par crise a un peu le caractère de la colique salpingienne.

Les douleurs continues occasionnent pour la malade une gêne profonde qui l'empêche de vaquer à ses affaires.

Bien que la douleur puisse manquer dans certains cas, néanmoins nous l'avons, dans les observations que nous avons lues, notée dans une proportion assez grande pour nous per-

mettre de dire que la douleur est un symptôme auquel nous devons attacher une grande importance; car c'est le symptôme qui poussera la malade à aller consulter un médecin, et très souvent alors, le chirurgien peut avoir l'espoir de faire œuvre utile.

Après les douleurs, les pertes constituent un des symptômes les plus fréquents.

Ozenne dit : « A ces douleurs s'ajoutent une leucorrhée hémopurulente plus ou moins abondante et parfois de véritables pertes de sang. »

Cette leucorrhée cependant n'est pas toujours hémopurulente; dans la plupart des cas que nous avons étudiés, elle est claire, transparente, comparable à de l'eau. Bien que ce symptôme *pertes* n'ait pas toujours été signalé, il a néanmoins, lui aussi, comme la douleur, une importance capitale au point de vue diagnostic.

Enfin, pour terminer l'étude des symptômes fonctionnels, nous devons faire mention de la température; en général, en effet, l'affection évolue sans élévation de température; néanmoins la fièvre a été observée dans quelques cas, cas rares il est vrai.

Symptômes physiques.

L'inspection, s'il n'y a pas d'ascite, ne nous montrera rien, ou simplement un ventre légèrement ballonné.

La palpation nous permettra de sentir une tumeur qui sera unie ou bilatérale.

On passe ensuite au toucher vaginal combiné au palper : le col se présente avec une mobilité limitée ou abolie; l'utérus a le plus souvent une sensibilité augmentée. La tumeur est tantôt pelvienne, tantôt abdomino-pelvienne.

On recherchera enfin s'il existe un sillon qui sépare l'utérus de la tumeur, ainsi que nous le trouvons dans l'observation rapportée par Vignard.

Comme pour l'examen de tous les autres cancers, on recherchera les ganglions.

EVOLUTION

Début insidieux.

Symptômes de début : douleurs et leucorrhée, le plus souvent associées, quelquefois on trouve l'une sans trouver l'autre.

L'état général ne tarde pas à être atteint, les malades sont maigres; les ganglions sont envahis.

Le tableau clinique le plus souvent observé est le suivant : Tumeur, accompagnée de douleurs et d'un écoulement séreux et aqueux. Mais cet aspect clinique peut être, comme nous le disions plus haut, modifié suivant la présence, ou l'absence d'un symptôme important ou à cause de l'importance que prend un symptôme accessoire.

Toute malade, atteinte de cancer de la trompe et non opérée, aboutit fatalement à la mort.

DIAGNOSTIC

Jusqu'à ces trente dernières années, on n'a pas songé à la possibilité d'un cancer de la trompe; aussi le diagnostic de cancer tubaire a été rarement fait. Certains auteurs ont fait, quelquefois un diagnostic de probabilité, d'autres ont fait, mais très rarement il est vrai, le diagnostic de cancer tubaire en faisant une ponction de la tumeur. Ce liquide examiné contenait des particules de tissu néoplasique avec des cellules dégénérées et à gros noyaux.

Facile, pour un chirurgien averti, de différencier les tumeurs malignes des annexes, d'avec les tumeurs utérines et cela à cause du siège latéral de la tumeur, de sa non-continuité avec l'utérus. Enfin l'examen complet de l'utérus (prise d'un fragment de l'endomètre et examen microscopique, hystérométrie, toucher, palper, etc.), reconnu à l'état normal, permettra de faire le diagnostic de tumeurs annexielles. Mais une fois que la tumeur est reconnue d'origine annexielle, il s'agit de déterminer son point de départ et de savoir si c'est l'ovaire ou la trompe qui lui a donné naissance, en second lieu il faut déterminer sa nature.

Voilà un problème bien difficile qui se pose.

On a tendance à confondre le cancer primitif de l'ovaire principalement avec *une salpingite kystique* et un *kyste papillaire de l'ovaire*.

Dans le premier cas, en effet, les douleurs accompagnées de pertes vaginales, tumeurs quelquefois douloureuses avec des crises de coliques salpingiennes, tout cela ne fait-il pas le tableau symptomatique complet de la salpingite kystique ?

En second lieu : tumeur abdomino-pelvienne avec douleurs et ascite abondante font penser quelquefois à un kyste papillaire de l'ovaire; aussi Duret disait : « La symptomatologie des cancers de l'ovaire ressemble à celle des tumeurs végétales de l'ovaire. »

Diagnostic du cancer tubaire donc difficile, cependant non impossible, puisqu'il a été fait quelquefois.

Essayons de rassembler d'après les lectures que nous avons faites, les symptômes principaux du cancer primitif des trompes, symptômes qui, associés entre eux, nous permettront de porter un diagnostic à peu près certain :

1° L'âge de la malade. Plus particulièrement entre 40 et 50 ans.

2° Ecoulement séreux et aqueux constitue une présomption en faveur d'un néoplasme, mais il faudra bien examiner la cavité utérine afin d'exclure l'utérus comme siège de l'écoulement.

3° L'accroissement rapide de la tumeur est un symptôme de grande valeur.

4° « L'accentuation des adhérences de la tumeur en l'absence de température. »

5° Faire une ponction exploratrice toutes les fois qu'elle est possible.

Pour terminer ce chapitre, nous reproduisons le tableau diagnostic que nous donnent Quenu et Longuet : « Aux approches de la ménopause, ou après elle, l'existence d'une tumeur annexielle jointe à un écoulement non purement sanglant, la démonstration préalable du siège non utérin, voilà le syndrome susceptible de caractériser un cancer tubaire.

PRONOSTIC

Dans la littérature médicale, on trouve, au sujet du pronostic du cancer des trompes, les opinions les plus diverses. Pour les uns, tels que Saeuger, « le pronostic à porter est relativement favorable »; pour d'autres, et principalement Quenu et Longuet expriment une opinion opposée, « les récidives postopératoires mortelles sont très fréquentes, souvent très hâtives, et, à ce point de vue, les tumeurs végétantes de la trompe ne peuvent être assimilées aux tumeurs végétantes de l'ovaire ». Kehrer, Rosthorn considèrent le cancer tubaire comme doué d'une malignité extraordinaire; Rosthorn insiste sur ce point que des métastases importantes ont lieu dans les ganglions iliaques et rétro-péritonéaux. Les nombreuses observations lues ne peuvent nous donner de renseignements bien certains, étant donné le nombre des malades qui ont été perdues de vue; néanmoins, elles nous montrent que la récurrence se produit le plus souvent dans les six premiers mois suivant l'opération.

Certains auteurs, tels que Zweitel et Weit, ont vu une de leurs malade, l'un huit ans après, l'autre sept ans après et ne présentant pas de récurrence. Malgré ces cas heureux, nous n'hésitons nullement à nous ranger à l'avis de Quénu, Longuet, Kehrer etc. Le pronostic chez toute femme présentant une tumeur primitive maligne des trompes, doit être très grave.

TRAITEMENT

Tous les auteurs sont d'accord pour dire : « Une intervention énergique, précoce, s'impose. » Il faut opérer avant la *production de métastases*.

Mais que faut-il enlever ? Les auteurs, sur ce dernier point, ne sont pas tous d'accord.

Les uns sont partisans de la *castration utéro-annexielle*, les autres se contentent de faire une simple *salpingectomie*.

Quénu et Longuet se basent sur les arguments suivants pour pratiquer la castration utéro-annexielle :

1° En cas de lésion unilatérale sait-on ce qu'il y a dans l'autre trompe ? Les observations que nous avons sous la main nous montrent que la bilatéralité des cancers des trompes est relativement fréquente.

2° Sait-on ce qu'il y a dans l'utérus ? Quelquefois la muqueuse utérine est le siège de greffe secondaire.

3° On ignore ce qui se passe au pédicule utérin de la trompe malade.

4° Des nodulations d'infection sont fréquemment observées sur le ligament large.

Il y a donc intérêt à pratiquer d'emblée la plus large extirpation possible. L'opinion de Duret est que : « en l'absence d'éléments précis pour le diagnostic précoce, il sera rarement possible d'entreprendre une opération hâtive, pourtant désirable : la salpingectomie suffirait alors à enrayer le mal ».

Avec Bourrely nous envisagerons trois cas :

1° *Cancer n'est pas limité à la trompe;*

2° *Cancer limité à la trompe*, mais avec annexes du côté opposé présentant des symptômes inflammatoires;

3° *Cancer limité à la trompe*, les parois de l'oviducte ne sont pas perforées.

Dans les deux premiers cas, pas d'hésitation possible, la castration utéro-annexielle s'impose.

Dans le troisième cas on peut choisir entre la castration utéro-annexielle et la salpingectomie.

Presque tous les chirurgiens à l'heure actuelle préconisent la castration utéro-annexielle totale et l'évidement ganglionnaire.

La salpingectomie ne doit être pratiquée que d'une façon tout à fait exceptionnelle, seulement réservée aux femmes qui sont réglées régulièrement encore, ayant moins de 40 ans, et ne présentant, en outre, pas de symptômes inflammatoires utérins, ni des annexes du côté opposé.

CONCLUSIONS

I. — Les conditions favorisant le développement du cancer tubaire sont :

- a) L'âge (entre 40 et 50 ans);
- b) Les grossesses;
- c) L'infection, qu'elle soit d'origine puerpérale ou gonococcique.

II. — On établit que la trompe est le siège primitif du cancer de deux façons :

- 1° Le cancer primitif a son point de départ dans la muqueuse.

Le cancer secondaire a son point de départ dans la séreuse.

- 2° Dans les cas de cancers de l'ovaire, les cellules gardent des caractères qui rappellent ceux des cellules d'origine.

III. — Les symptômes sont de deux ordres :

- a) Fonctionnels :

Douleurs, avec irradiation le plus souvent;

Leucorrhée jaunâtre, hémopurulente;

Pas de température et adhérences;

Troubles par compression du rectum; constipation;

Troubles de la menstruation.

- b) Physiques :

Tumeur palpable siégeant dans la cavité pelvienne ou abdomino-pelvienne;

Son accroissement rapide;

Hypertrophie ganglionnaire.

IV. — Diagnostic difficile, mais non impossible.

V. — Pronostic très sombre.

V. — Opération large et précoce, la castration utéro-annexielle est la méthode de choix.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président.

J. GUYOT.

Vu : *Le Doyen,*

C. SIGALAS.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 12 décembre 1928.

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- ANDUZE-ACHET. — Thèse Toulouse, 1911.
- BIAR. — Thèse Paris, 1924.
- BOURSIER. — *Revue de chirurgie et de gynécologie*, Paris, 1901.
- BOURRELY. — Thèse Montpellier, 1910.
- COULAUD. — Bull. et Mémoires Société anatomique, Paris, 1920.
- DAUEL. — Essai sur les tumeurs malignes primitives de la trompe utérine. Lille, 1899, p. 47.
- Double tumeur papillaire primitive des trompes de Fallope. *Journal des sciences médicales de Lille*, 1903, p. 242.
- DELAUNAY. — Cancer primitif de la trompe. *Paris chirurgical*, vol I, 1909, p. 15.
- DURET. — *Revue de gynécologie et de chirurgie*, 1899.
- DORAN. — *Select Clinical Reports*.
- FAVREAU. — Thèse Paris, 1924.
- FABRICIUS. — Beitrage zur. Casuistik der Tubencarcinom. *Wiener Klin. Wochenschr.*, année 1899, p. 1230.
- FABROZZI. — Di un cancro primario del ovidutto. *Arch. ital. di gyneco.*, avril 1902.
- GUILLERMIN-MORLOT. — *Société d'obst. et de gynécologie*, Paris, 1922; Paris, 1923.
- GOSSET. — Sur un cas de tumeur primitive de la trompe. *Bulletin et mémoires de la Société anatomique de Paris*, avril 1909, p. 235.
- HUGUIER et LORAIN. — *Bulletin et mémoires Société anatomique de Paris*.
- HANNECOURT. — *Journal de chirurgie et annales belges de chirurgie*, Bruxelles, 1901.

- JEANNERET. — *Revue médicale de la Suisse romande*, Genève, 1912.
- LABUSQUIÈRE. — *Annales de gynécologie*, 1908.
- LECÈNE. — *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, Paris, 1909.
- MÉRIEL. — *Documents gynécologiques*, 1909.
- OLLIVIER et MARTIN. — *Lyon médical*, 1921.
- ORTHMANN. — *Zeitschrif. f. Geb.*, vol. XV, p. 212.
- PENKERT.
- POLLOSSON. — *Lyon médical*, 1904.
- QUENU et LONGUET. — *Revue de chirurgie*, 1901.
- RAADE. — *Beitraege zur. gep.*, 1910.
- ROLLIN. — *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, Paris, 1909.
- SAENGER. — *Krankheiten der Eileiter*. Von Martin.
- STROGANOFF. — Cancer trompe droite. *Annales de gynécologie*, vol. XLI, 1894.
- TUFFIER. — *Annales de gynécol. et d'obstétrique*, vol. XIII, p. 203.
- VIGUARD. — *Gazette médicale*, Nantes, 1911.
- WARNECK. — *Nouvelles archives d'obst. et de gynécologie*.

